Über Lues des Magens mit einem Bericht über zwei Fälle.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Bonn.

Vorgelegt am 9. September 1939

von

Herbert Dümmler

aus Duisburg-Hamborn / Rhld.

HEINRICH TRAPP, BONN, STIFTSGASSE 11.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Bonn.

Referent: Prof. Dr. Klövekorn.

Korreferenten: Prof. Dr. Ceelen

Prof. Dr. Freih. v. Redwitz.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546406_0011

Die erste Feststellung der Magenlues stammt schon aus dem Jahre 1827 und zwar von Andral. Aber auch Behave, Fauvel und Barbier war in den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts die Magenlues eine bekannte Erscheinung; jedoch haben eigentlich die letzten Jahrzehnte erst etwas genauere Kenntnisse über diese verhältnismäßig seltene Krankheit gebracht. Über die Häufigkeit des Vorkommens der Magenlues gehen die Meinungen sehr auseinander. Unter Berücksichtigung der in den letzten Jahren erschienenen Literatur darf man wohl mit Sicherheit behaupten, daß die Magenlues häufiger in Erscheinung tritt, als sie in letzter Zeit diagnostiziert wurde.

Die Magenlues ist wohl auf die beiden Geschlechter gleichmäßig verteilt. Wenn auch Pater in seiner Statistik von 28 Männern und nur 7 Frauen und Eustermann von 17 Männern und 6 Frauen berichten, so darf man sich doch der gemeinsamen Ansicht sämtlicher anderen Autoren anschließen, die beide Geschlechter gleichmäßig von Magenlues befallen wissen wollen. Auch geht diese Gleichmäßigkeit aus den in der Literatur beschriebenen Fällen deutlich hervor.

Ebenso wie bei dem Geschlecht scheint auch die Magenlues kein bestimmtes Alter zu bevorzugen, denn unterschiedslos äußert sich die Magensyphilis als tertiäre Form in jedem Alter. Jedoch tritt sie in den meisten Fällen im 3. bis 6. Dezennium auf. Zwischen Infektion und Magenbeschwerden ist der Zeitraum verschieden lang. Von Interesse dürfte die Feststellung Neugebauers sein, wonach der jüngste Patient 23 und der älteste 73 Jahre zählte. Das früheste Auftreten der Beschwerden nach der Infektion war 2 Jahre, während das längste Intervall 40 Jahre dauerte. Die Magenlues scheint dort besonders bemerkbar zu werden, wo eine entsprechende Behandlung überhaupt nicht eingeleitet wurde, oder aber eine schlecht durchgeführte Kur in der ersten Zeit der Lues festzustellen ist.

Nun ist natürlich davor zu warnen, in den leicht und häufig gemachten Fehler der Verwechslung von Magenerkrankung beim

Syphilitischen und der Magensyphilis zu verfallen. Denn es ist bekannt, daß der Magen bei erworbener Syphilis sehr häufig in Mitleidenschaft gezogen wird, sei es nun auf toxischem Wege, metaluetisch, durch Störung innerhalb des Zusammenspiels der endokrinen Drüsen, durch Änderung der Blutbeschaffenheit; bei diesen Störungen können Änderungen der Sekretion und Motilität des Magens auftreten, die nicht zum Symptomenkomplex der eigentlichen Magensyphilis gehören, falls es erlaubt ist, hier vom einem Symptomenkomplex zu reden. Dies sind eben Magenerkrankungen, die sich ausbilden, ohne daß syphilitische Veränderungen in der Magenwand festzustellen sind.

Die Diagnose der Magenlues stößt auf so viele Schwierigkeiten, daß es nach Hausmann wünschenswert erscheint, jeden Fall, sei auch nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt, mitzuteilen. Vor allem ist die Diagnose nicht aus einer einzigen Erscheinung zu stellen, sondern aus der Gesamtheit der noch zu schildernden Symptome. Und die Schwierigkeit, ja manchmal die Aussichtslosigkeit der Diagnose wenigstens in vivo ergibt sich daraus, daß häufig diese und jene wichtigen Symptome nicht vorhanden sind. Bei diesem Mangel an sicheren diagnostisch verwertbaren Symptomen und bei ihrer oft unsicheren Abgrenzung dem Magenskirrhus gegenüber ist es verständlich, daß die einzige Therapie einer schweren luetischen Magenveränderung fast immer eine chirurgische ist, eben weil man ein Magen-Ca nicht sicher ausschließen konnte. Somit schlägt Gräbert noch in letzter Zeit den diagnostischen Bauchschnitt vor, auf die Gefahr hin, bei Magenlues mit anschließender antiluetischer Kur unnötig eine Pylorusresektion oder die G.E. zu machen. Diese Ansicht Gräberts ist durchaus verständlich, jedoch ist zu hoffen, daß wegen der Verschiedenheit der Prognose und der Therapie der Magenlues und des Magen-Ca die Möglichkeit der Diagnose so verbessert wird, daß der Patient im gegebenen Falle ohne Operation der antiluetischen Kur zugeführt werden kann. Im Zweifelsfalle würde der Chirurg vor der Verantwortung stehen, den rechten Zeitpunkt eines mißdeuteten Ca zu verpassen, und mithin wird vorläufig in den meisten Fällen die Operation nicht zu vermeiden sein.

Die subjektiven und objektiven Symptome bei Magenlues unterscheiden sich wenig von den Symptomen bei anderen Magenerkrankungen. Diese Symptome sind recht mannigfach und wechseln je nach der anatomischen Art nicht wenig. Die Patienten klagen über Druckgefühl im Epigastrium. Dieses tritt zeitweilig oder kontinuierlich auf. Über häufiges, unangenehmes Aufstoßen klagt ein großer Teil; dieses Aufstoßen ist bald geruchlos und leise, bei nervösen Patienten bald laut und explosiv. Sollte es übelriechend sein, vielleicht nach faulen Eiern, so handelt es sich um Zersetzungserscheinungen, was auf eine bestimmte Art der Magenlues hindeuten würde. Appetitlosigkeit ist wenig anzutreffen; so hatten die Patienten von Gräbert und Mühlmann ein ausgesprochenes Heißhungergefühl; nach der Nahrungsaufnahme stellt sich oft Erbrechen mit Schmerzen ein. Meist handelt es sich hier um Stenoseerbrechen. Jedoch ist dieses Symptom nicht konstant (Hausmann, Boas), denn manchmal hat die Nahrungsaufnahme keinen Einfluß auf die Schmerzen. Hier und da ist Bluterbrechen anzutreffen. Ritter fand in der Literatur von 42 Fällen 18mal Bluterbrechen. Auch ist kaffeesatzartiges Erbrechen nicht selten. Häufig werden Nachtschmerzen angegeben, sodaß viele Autoren den Nachtschmerz für ein Charakteristikum halten. Heftige Schmerzen scheinen überhaupt eine bedeutende Rolle zu spielen; sie nehmen in den meisten Fällen mit dem Fortschreiten der Erkrankung an Heftigkeit zu. Von großer Bedeutung für die Diagnose ist natürlich der positive Ausfall der WaR. Jedoch ist er nur soweit verwertbar, daß er uns sagt, ob der Patient schon einmal eine luetische Infektion durchgemacht hat. Umgekehrt sind sichere Beobachtungen der Magenlues vorhanden, wo die Seroreaktion negativ ausgefallen ist (Pick, Eisenklamm). Sonst dürfte von Wichtigkeit der wiederholt negative Blutbefund im Stuhl sein, ein Symptom, auf das Hausmann besonders hingewiesen hat. Läßt doch dieser Befund ein Ca, einen im Verdauungskanal sitzenden zerfallenen Tumor in der Mehrzahl der Fälle mit Sicherheit ausschließen. Es muß jedoch bedacht werden, daß es auch maligne Tumoren des Magendarmtraktus gibt, die eben nicht bluten. Dieses Moment dürfte wohl von Hausmann überschätzt sein, denn es wurde bei gummöser Magenlues ein geschwüriger Zerfall beobachtet. Und so fanden mehrere Autoren

okkulte Blutungen (Sparmann, Mattes). Dazu kommt, wie schon erwähnt, daß die Patienten oft Hungergefühl haben, aber nach dem Essen oft über Völlegefühl klagen, eine Erscheinung, die wohl gegen Ca spricht. Neben diesen diagnostisch verwertbaren Hilfsmitteln kommt nach Boennig dem Blutbild eine große Bedeutung zu. Will er doch hieraus neben dem dauernd blutfreien Stuhl die Verwechslung von luetischen und skirrhösen Schrumpfmagen vermieden haben. Es deutet nach ihm „die geringfügige sekundäre Anaemie bei röntgenologisch schwer veränderter Magensilhouette auf einen gutartigen, die Lymphocytose auf einen chronisch infektiösen Prozeß hin". Der Hgb-Gehalt des Blutes ist nur mäßig herabgesetzt. Werte zwischen 50 und 70% sind häufig bekanntgegeben (Evarts, Rammond und Möhlig). Eine Veränderung der Leukocytenzahl besteht nicht, zuweilen eine Leukopenie (Ritter). Ich habe ebenso in meinen beiden Fällen ein ähnliches Blutbild gefunden. Allerdings kommt die Lymphocytose auch beim tuberkulösen Magenulcus vor. Jedoch ist letztere Erkrankung auch sehr selten und läßt sie sich durch den Nachweis von Bazillen identifizieren. Ein positiver Milchsäurebefund ist bei Lues mehrmals angegeben worden, aber fast nie der Nachweis von Oppler-Boas'sche-Bazillen. Auch dürfte die Tbc. des Magens fast immer mit tuberkulösen Prozessen anderer Organe vergesellschaftet sein.

Die Sekretionsverhältnisse des Magens wurden immer wieder geprüft. Hausmann hat in vielen Arbeiten häufig darauf hingewiesen, daß jede syphilitische Affektion des Magens einschließlich des Ulcus mit Sub- bzw. Anacidität verlaufe. Bestehe Hyperacidität, so sei bei syphilitischen Tumoren der Sitz der Affektion außerhalb des Magens zu suchen. Und Gmelin will die An- bzw. Subacidität als das „wichtigste klinische Symptom ansehen". Dieser strikten Festlegung ist sich nur bedingt anzuschließen, denn viele Untersuchungen ergaben, daß Hyperacidität mit Ulcus und Anacidität mit Ca einhergehen. Allerdings ist wohl die Zahl der An- bzw. Subacidität als überwiegend groß anzusehen, denn Neugebauer fand bei 200 untersuchten Fällen 62% mit deutlicher Hypacidität, wovon 18% keine freie Salzsäure oder nur in Spuren zeigten. Weitere 17% zeigten Hyperacidität. Diese Hyperacidität will

Neugebauer nur als Übergangsstadium gelten lassen. Als Erklärung für Hyperacidität glaubt er die Wirkung der Toxine der Spirochaeta pallida auf die Nervi vagi des Magens verantwortlich zu machen. Durch das Eindringen der Spirochaeten bzw. der Toxine kommt es zu dem Krankheitsbilde der Gastritis luetica. Es ist wohl erklärlich, daß zwischen Hyperacidität und Hypacidität fließende Übergänge bestehen; und es ist daher als sicher anzunehmen, daß sich die erste vorübergehende Vagusschädigung mit der Gastritis und den anderen luetischen Magenveränderungen zusammenfinden können. Selzowsky hat zwei Fälle von Magenlues, Aoyama einen Fall mit dauernder Superacidität beschrieben.

Gelegentlich liest man von Berichten über Diarrhöeneigung und unregelmäßiger Temperaturerhöhung.

Eine längere Zeitdauer der Erkrankung führt wohl in der Hauptzahl der angegebenen Fälle zu einem allgemeinen Schwächezustand. Gelegentlich ist von ausgesprochener Kachexie die Rede, jedoch scheint dieselbe nur selten vorzukommen. Beschrieben wurden derartige Fälle von Eisenkamm, Brams-Meyer und Graham. Hernland und Strandberg glauben, daß die Kachexie meistens fehle. In der Tat dürfte der Verdacht auf Magenlues sehr in den Bereich der Möglichkeit steigen, wenn die röntgenologisch schwer veränderte Magenwand in keinem Verhältnis zum guten Allgemeinzustand des Patienten steht.

Ein weiteres Hilfsmittel zur Diagnose ist in letzer Zeit die Röntgenaufnahme geworden. So stützen sich die von amerikanischer Seite beschriebenen Fälle hauptsächlich auf den Röntgenbefund und den Erfolg einer antiluetischen Kur. Dem entgegenzuhalten ist die Tatsache, daß die röntgenologisch festgestellten Erscheinungen (Mikrogastrie. Starre, Schrumpfung, evtl. Füllungseffekt) keineswegs so typisch sind, daß die Diagnose gesichert wäre. Recht häufig sind die Aufnahmen von Magenlues mit Ca wegen ihrer überraschenden Ähnlichkeit miteinander verwechselt worden. Meist handelt es sich hierbei um einen syphilitischen und einen carcinomatösen Schrumpfmagen (Dalamier). Diese gleichen sich wie ein Ei dem anderen. Auch sonst liegen zahlreiche Röntgenbefunde bei Magensyphilis vor (Larimore, Merill, Stauss). Mehrere Male wurde eine aus-

gesprochene Pylorusstenose festgestellt. Der Pyloruskanal war besonders eng, stark, unregelmäßig begrenzt (Brams, Eisenklamm), häufig offenstehend (Hirschberger). Praepylorische Füllungsdefekte, die einer gummösen Wandänderung des Magens entsprechen, sind ebenfalls erwähnt. Gelegentlich ist eine besonders geringe Peristaltik vorhanden (Aoyama, Merill). Zum anderen sind dauernd Spasmen angegeben (Ritter), die einen krampfursächlichen typischen Sanduhrmagen bedingen (Loeper-Turpin). Die syphilitischen Magenulcera sind häufig multipel, somit können zwei oder drei Stenosen im Magenlumen vorhanden sein. Ein solcher Befund würde die Diagnose sehr stützen, konnte aber leider nur in den wenigsten Fällen beobachtet werden.

Auch die Diagnose ex juvantibus nach einer antiluetischen Kur ist nicht als sicher anzunehmen. Denn in den meisten Fällen war eine Diätkur mit einbegriffen. Und Schlesinger sagt einmal, daß trotz einer antiluetischen Kur die Heilung eines Ulcus erreicht werden kann.

Hemmeter fand pathologisch-anatomisch in Mucosa und Submucosa stellenweise Endarteriitis obliterans, und so wurde diese Erscheinung neben Mes- und Periarteriitis als Charakteristikum hingestellt. Aber wir wissen von Lubarsch, daß solche Arten von Gefäßveränderungen auch bei der Tuberkulose vorkommen. Im übrigen dürfte das histologische Bild des syphilitischen Granulationsgewebes häufig schwer, mitunter gar nicht als sicher zu beurteilen sein. Aber wenn auch keine für Lues verdächtigen spezifischen Veränderungen der Magenwand gefunden werden, so ist es nicht allzu erstaunlich, denn einmal handelt es sich in den meisten Fällen um Patienten, die eine antiluetische Kur durchgemacht haben; zum anderen wurden bei vielen sicher luetischen Mägen pathologisch-anatomisch nichts spezifisch Luetisches entdeckt. Bei Fall Mühlmann wurde bei einer sicheren Magenlues nur eine fibröse Umwandlung der Submucosa ohne für Lues pathognomische Veränderung gefunden. Ebenso zeigte auch der Fall Holitsch nur eine fibröse Umwandlung der Submucosa, die hier abnorm verdickt war. Eben solche Möglichkeiten treten bei der Tbc. auf; ist doch in dem von Poncet und Leriche beschriebenen Fall von tuberkulöser Gastritis

auch ein spezifisch tuberkulöses Granulationsgewebe nicht nachgewiesen worden.

Häufig wurden Fälle mit hochgradiger Bindegewebsbildung, die hauptsächlich die Submucosa betreffen, veröffentlicht. Diese Bindegewebswucherung kann so stark und mächtig werden, daß ein palpabler Tumor resistiert, jedoch ist die Form des Tumors nicht derart, daß man, wie Hausmann glaubt, aus der Palpation syphilitische Infiltrationen feststellen könnte. Nach Gräbert und Curtis ist die starke Druckempfindlichkeit der Resistenz zu beachten. Der Tumor an sich ist weich und nicht immer zu tasten.

Die Einteilung der Magenlues ist eine verschiedene. Man findet sie in 2, 3, 4, 5 oder 6 Stadien eingeteilt (Le Noir, Agasse-Lafont). Die path.-anat. Einteilung von Hausmann besteht als eine der meist gebräuchlichsten. Jedoch glaube ich, daß sich diese nicht genau einhalten läßt, weil oft einzelne Formen gleichzeitig nebeneinander verlaufen. Und bei der relativ doch seltenen Erkrankung halte ich die Dreieinteilung von Schlesinger für angebrachter, und ich möchte mich dieser in folgendem auch anschließen.

1. Die Gastritis syphilitica.

Hierzu ist gleich zu bemerken, daß die Frage dieser Gastritis noch nicht gelöst ist. Die pathologisch-anatomischen Forscher (Fränkel, Konjetzny, Windholz) haben das Vorkommen verneint. Und wirklich findet man manchmal nur das Bild einer einfachen diffusen Gastritis. Jedoch ist wohl mit Sicherheit die Möglichkeit dieser Erscheinung anzunehmen. Nach Neugebauer kann die Gastritis im Sekundärstadium auftreten, und er fand, wie bekannt, bei vielen seiner 200 untersuchten Fällen neben einer Störung der Salzsäureproduktion eine einmal mehr, einmal weniger starke Schleimabsonderung. Path.-anat. ist in dem Tertiärstadium die Schleimhaut verdickt, hyperämisch mit Schleim belagert.

Rudnieff hat bei der Autopsie sekundärer Luetiker kleine Zellherde im Magen gefunden, die nach ihm Hautpapeln entsprechen.

Und in späteren Stadien fand er den Magen von zahlreichen Gummen und Narben durchsetzt.

Die Symptomatologie der luetischen Gastritis bietet nichts besonderes, und die Erkrankung verläuft besonders im Sekundärstadium häufig wie eine akute nichtluetische Gastritis. Es treten plötzlich Appetitlosigkeit, Völlegefühl nach dem Essen, Übelkeit, häufig Brechreiz und Nachtschmerz, Druckgefühl und Schmerzen im Epigastrium auf. Häufig besteht leichte Rectusspannung. Besonders wertvolle Untersuchungen verdanken wir B. Kleisel. Er fand neben den zum Teil schon geschilderten Erscheinungen enorme Gasgärung und Zersetzungsvorgänge im Magen, einer Herabsetzung der Chloride im Magensaft und eine Vermehrung dieser im Harn; ferner gestörte Amylolyse und schlechte, gelegentlich fehlende Pepsinverdauung. Auch haben sich englische und französische Ärzte mit der Frage der Gastritis luetica eingehend befaßt (Pathault, Monges). Im Augenblick ist aber der Beweis noch nicht erbracht, ob die Veränderungen tatsächlich spezifisch bedingt sind. Die Diagnose der spezifischen Gastritis wird wohl nur selten gestellt werden können, da eine unspezifische Gastritis ja auch immer bei einem Syphilitiker vorkommen kann. Und dann muß Pal anerkannt werden, wenn er sagt, daß Erscheinungen einer syphilitischen Gastritis psychogener Natur sein können. Denn viele Patienten sind eben zur Zeit des Sekundärstadiums in einem Zustande schwerster Erregung und Depression, wodurch die Magenfunktion bedeutend beeinflußt werden kann.

2. *Das circumscripte Magengumma und seine Folgen, wie das syphilitische Magengeschwür, die tumorartige Magensyphilis und den syphilitischen Schrumpfmagen.*

Diese Art der Magenlues im Tertiärstadium ist die path-anat. und klinisch häufigste. Das Gumma ist meist schon makroskopisch sichtbar, bildet sich wie eine kugelartige Geschwulst aus. Zum Teil entstehen deutlich begrenzte Plaques, zum andern Teil weniger gut

umschriebene Infiltrationsflächen. Die Größe der Gummen ist verschieden, sie liegen in dem Bereich von einigen Millimetern bis zu 5—10 cm. Ihre Oberfläche ist meistens wenig erhaben, ihre Farbe weißgelblich bis mitunter auch rötlich.

Histologischen Untersuchungen nach liegt der Ursprung der Gummen in der Submucosa, von wo sie in der Mehrzahl der Fälle auf die Mucosa und Muscularis übergeht. Aber es ist auch bekannt, daß die Magenwand bis zur Serosa ergriffen wird. Das Bindegewebe ist hypertrophisch und mit Rundzelleninfiltration ausgestattet. „Es besteht eine diffuse, zellige Infiltration der Submucosa, hauptsächlich aus lymphoiden und plasmazellulären Elementen; hier und da Vorhandensein von zahlreichen Riesenzellen mit teils wandständigen, teils zentral gelegenen Kernen, in deren Umgebung reichlich Fibroblasten und faseriges Bindegewebe vorhanden ist" (Gräbert). Die schon erwähnten schweren Gefäßveränderungen im Sinne einer Endarteriitis oder Panarteriitis lassen sich mit der Weigertschen Elasticafärbung meistens deutlich sichtbar machen. Nach einigen Autoren, besonders Cornil, sollen diese Bilder jedoch nicht unbedingt zur Symptomatologie der Magenlues gehören.

Nach nicht allzu langer Zeit kommt es dann zu einer Erweichung des Infiltrates, und wir haben das Bild der Ulceration vor uns. Es handelt sich fast immer um Substanzverluste, die im Niveau der Schleimhaut liegen. Das Geschwür ist scharfrandig mit ungleich gezahnten Rändern und dehnt sich zur Tiefe hin aus. Nach Hubert und Gräbert besteht eine gute Möglichkeit, das Ulcus lueticum vom Ulcus pepticum zu unterscheiden. Das syphilitische Ulcus verfügt über harte, stark aufgeworfene, ungleich gezahnte Ränder. Da das Gumma zuerst im Zentrum zerfällt, ist die Beschädigung in der Submucosa am schwersten und wird gegen Schleimhaut und Muscularis hin geringer. Und so hat man beim syphilitischen Ulcus von der Schleimhaut aus gesehen den Eindruck einer unterminierten „kraterförmigen Höhle" (Hubert). Demgegenüber liegt das gewöhnliche Ulcus in der Schleimhaut; seine Ränder sind flach und scharf. Der Geschwürsgrund ist nicht so ausgedehnt, wie die Oberfläche, da der Defekt von der Schleimhaut ausgeht und nach der Submucosa und Muscularis hin abnimmt.

In naher Verwandtschaft mit dieser ulcerösen Form stehen klinisch und anatomisch die gummösen, geschwulstartigen Typen. Ja, eigentlich ist eine Unterscheidung dieser beiden Stadien derselben Erscheinungsform nicht nötig. Denn sie gehören zusammen und sind als circumstriptes Magengumma zu benennen, wobei es gleichgültig ist, ob ein Tumor vorhanden ist oder ob infolge des Zerfalls des Gumma ein infiltriertes syphilitisches Geschwür entsteht. Das klinische Bild entspricht entweder dem des einfachen Ulcus oder dem des Ca. Schmerzen am Proc. xyphoideus mit Rückenschmerz, Intoleranz des Magens, Erbrechen, evtl. Magenbluten und Abmagerung, alles Symptome, die wir bei spezifischer wie auch bei gewöhnlicher Magenbeschwerde zu Gesicht bekommen.

Manchmal führt die diffuse luetische Infiltration zu der Erscheinung der Linitis plastica (Brinton). Bei diesem Krankheitsbild handelt es sich um eine diffuse Sklerose mit einer beträchtlichen Verdickung der Magenwand. Als Ursachen dieser sklerotischen Verdickung kommen neben Lues, Tbc. und Verätzungen (Strauss) in Frage. Die Häufigkeit gerade dieser Linitis plastica wird sehr verschieden angegeben .So glaubte Fezer unter 14 Fällen 11 als luetisch bedingt ansehen zu können, während Lyom von 38 Fällen 25 mikroskopisch untersuchte und nur einen Fall als durch Syphilis verursacht diagnostizierte. Die Infiltration dehnt sich hierbei meistens über die ganze Magenwand aus, und dabei kommt es zu einer Schrumpfung des ganzen Magens. Makroskopisch ist der Magen verkleinert, trichter- oder schlauchförmig, manchmal ohne besondere Peristaltik. Jedoch verlassen die Speisen den Magen wieder rasch. Denn durch den kleinen nur geschrumpften Magen und fast immer offenen Pylorus kommen sie leicht hindurch. Ist die Infiltration auf die Pylorusgegend beschränkt, so führt dies zum „Lederflaschenmagen". Klinisch findet man mehrere Bilder angegeben. Die Aufnahmefähigkeit sei infolge der Schrumpfung gering. Trotz guten Appetites tritt plötzliches Übersättigungsgefühl auf, unerwartetes Erbrechen, welches Erleichterung bringt. Hausmann hat den geschrumpften Magen als Tumor palpiert, und Hirschberger erklärte das häufige Erbrechen bei offenem Pylorus mit dem unbedingt vorhandenen Reizzustand der entzündlich gewordenen Magenwand.

3. Der syphilitische Sanduhrmagen und die Pylorusstenosen bei Syphilis.

Häufig scheint die Lues die Ursache einer Stenose bzw. eines Sanduhrmagens zu sein. Nach Payr liegt die Ursache der Stenosen 1. in Narbenstrikturen, die durch Abheilen spezifischer Ulcera bzw. diffuser Hyperplasien entstanden sind, und 2. in Stenosen, entstanden durch große, gummöse Tumoren oder durch diffuse Infiltrate. Diese unterscheiden sich in keiner Weise von anderen Pylorusstenosen, und sie werden häufig unter der Diagnose eines Ca oder eines stenosierenden Ulcus behandelt.

Kuttner will eine dritte Form, verursacht durch perigastritische Adhäsion mit syphilitischen Erkrankungen der Nachbarorgane, bedingte Verengerung berücksichtigt haben. Aber es kann auch eine Zweiteilung des Magens herbeigeführt werden durch dauernde Spasmen, wie sie beim Ulcus pepticum häufig sind. Schlesinger glaubt, daß die weitaus meisten Fälle wohl durch Vorspringen gummöser Bestandteile in das Lumen hinein hervorgerufen werden. Eustermann fand bei einem luetischen Magen in operationem drei skirrhotische narbige Schnürringe, und Cumston-Green weist besonders darauf hin, daß nur bei Lues wegen der Häufigkeit der Ulcerationen mehrere Stenosen möglich wären.

Nun noch einige differentialdiagnostische Hilfsmittel, die in vielen Fällen als Stützung der Diagnose angegeben sind. Vor allem 1. dem Ca, 2. dem Ulcus pepticum gegenüber.

1. Immer wieder ist angegeben, daß trotz palpierter Geschwulst und röntgenologisch großem Defekt keine Blutungen im Stuhl gefunden wurden. Manchmal treten nächtliche Exacerbationen, jugendliches Alter, guter Appetit, danach Völlegefühl und gelegentlich häufiges Erbrechen hinzu.

2. Unabhängigkeit der Schmerzen von der Nahrungsaufnahme, nicht periodisch auftretend. Bei luetischem Ulcus Erbrechen und periodische Blutungen. Ein auf Druck schmerzhafter Tumor ist beim

peptischen Ulcus wohl nie vorhanden. Von Bedeutung sei gelegentlich das Röntgenbild. Die gummöse Erkrankung mit gleichzeitiger Ulceration der Magenwand führt im Röntgenbild manchmal zu einem Defekt des Kontrastschattens, während das Ulcus ventriculi simplex ein Plus von Kontrastschatten zur Folge hat (Gräbert).

Auch der Sitz ist manchmal von Wichtigkeit. Das Ulcus peptiсum bevorzugt den oesophagealen Teil und das Antrum pylori, während das Ca den pylorischen Abschnitt bevorzugt. Die große Curvatur und der Fundus sind seltener Sitz eines Ulcus oder Ca, und geschwürige Gebilde oder Tumoren müssen hier den Verdacht auf Lues lenken; denn letztere ist an sämtlichen Stellen des Magens zu treffen. Nervöse Störungen werden wohl kaum zur Verwechslung Anlaß geben; denn ein palpierter Tumor, occultes Blut, Milchsäurebazillen und röntgenologisch schwere Veränderung lassen wohl eine Neurose sicher ausschließen. Differentialdiagnostisch käme noch eine Magen-Tbc. in Frage. Leider ist die beim Lebenden kaum durchführbare histologische Untersuchung wenig verwertbar, denn die Unterscheidung der luetischen und tuberkulösen Granulationsgewebe ist meist schwer, und die Bilder des Mikroskopes sind sich in beiden Fällen sehr ähnlich. Jedoch ist eine Magen-Tbc. wohl auszuschließen bei Fehlen makroskopischer Knötchen und bei negativem Nachweis von Tuberkelbazillen. Von Wichtigkeit dürfte noch sein, daß sich die Magentuberkulose wohl immer zusammen mit Tuberkulose anderer Organe antrifft.

Die Häufigkeit des Vorkommens der Magensyphilis wird sehr verschieden angegeben. So treten sich besonders die klinischen und pathologisch-anatomischen Ansichten sehr kraß entgegen und halten besonders Hausmann und Einhorn die Magensyphilis für viel häufiger, als sie in Wirklichkeit diagnostiziert wurde. Eustermann berichtet, daß von ihm 23 Fälle von Magenlues festgestellt wurden, wovon 10 operiert wurden. A. S. Merill will 10 ganz sichere Fälle festgestellt haben. Ewald führt 10% aller peptischen Ulcera auf Lues zurück, und J. Neumann will noch einen höheren Prozentsatz dafür verantwortlich machen. Mille glaubt 1% aller Magenerkrankungen syphilitisch bedingt. Demgegenüber ist nach den Er-

fahrungen vieler Autoren und auch mehrerer Kliniker (L. Boas, Albu, Kuttner) die Magensyphilis ein relativ selten vorkommendes Leiden. Auch Schlesinger, der sich mit der Häufigkeitsfrage intensiv befaßt, hält die Magensyphilis, besonders wenn es sich um ulceröse oder tumorartige Veränderungen des Magens handelt, nicht für häufig. Die viel angegebene Statistik von Chiari ergibt, daß bei 243 obduzierten, syphilitisch erkrankten Patienten nur dreimal luetische Veränderungen des Magens festgestellt wurden. Und Stolper entdeckte unter 86 Luetikern (davon 25 mit hereditärer Lues) nur einmal eine luetische Magenerkrankung.

Auch Kleisel bemerkte bei der Kontrolle von über 11 400 Obduktionsberichten des Wiener Pathologischen Institutes, daß die Zahl der makroskopisch erkannten Magenerkrankungen unter den mit Sicherheit an Lues erkrankten Patienten eine sehr geringe war. Gummöse Magenveränderungen werden von ihm überhaupt nicht erwähnt. Leider sind mikroskopische Beobachtungen der Magenschleimhaut in dieser Richtung nur sehr selten angegeben. Man ist wohl allgemein heute der Ansicht, daß die Magenlues viel häufiger ist, als sie auch bis in den letzten Jahren diagnostiziert wurde. Denn wenn aus den Obduktionsbefunden der Pathologen eine größere Häufigkeit nicht hervorgeht, so ist doch in vielen Fällen die klinische Diagnose richtig gewesen, weil eben gerade bei der syphilitischen Gastritis und den anderen syphilitischen Magenveränderungen, die rechtzeitig einer antiluetischen Kur zugeführt wurden, sehr häufig eine restitio ad integrum zu erreichen war. Und wenn einige Autoren nur dann eine Möglichkeit des Vorhandenseins einer syphilitischen Magenveränderung anerkennen wollen, wenn die klinische Diagnose durch histologische Beobachtungen und anatomische Befunde erhärtet worden ist, so halte ich diesen Standpunkt nicht in der Praxis durchführbar; denn, was wäre dann mit den Fällen anzufangen, deren viele Symptome gemeinschaftlich auf Magenlues hinwiesen und bei denen in der Tat eine entsprechende Kur eine Heilung erreicht wurde? In diesen Fällen wurde ja auf eine Operation verzichtet, und mithin konnten irgendwelche makro- und mikroskopischen Untersuchungen gar nicht angestellt werden.

Im folgenden berichte ich über zwei Fälle, deren Erscheinungsform den Verdacht auf Magenlues lenkten und bei denen die Diagnose im Bereich des Möglichen wohl als richtig zu bezeichnen ist.

1. **Fall.** Patient, 41jähriger Mann, klagt seit 20 Jahren an leichten, langsam immer heftiger werdenden Magenbeschwerden. Ferner berichtet Patient von einem Ikterus, der, wie er heute noch angibt, mit Verdauungsbeschwerden (Erbrechen, Druckgefühl in der Magengegend) beginnend begleitet war. Eine frühere Röntgendurchleuchtung ergab keinen Befund, und Patient wurde als nervös Magenkranker behandelt. In der ersten Zeit konnte er schwerere Speisen leichter vertragen als die normale oder leichte Kost. Häufig traten Nachtschmerzen auf, jedoch nicht jahreszeitlich periodisch bedingt. Die Schmerzen wurden im Laufe der Jahre immer heftiger, mit Aufstoßen, Erbrechen, einige Male mit wenig Blut. Im Stuhl wurde kein Blut festgestellt. Große Gewichtsabnahme, besonders in den letzten Jahren; in den letzten Tagen vor der Krankenhausaufnahme konnte der Patient überhaupt nichts mehr bei sich behalten. Eine Röntgenaufnahme ergab einen allseitig vergrößerten Magen mit einem oberhalb des Sinus der großen Curvatur sitzenden, selten großen Ulcus. Der übrige Befund ergab einen erheblich reduzierten Ernährungszustand, Fettpolster und Muskulatur fast völlig verschwunden. Anaemie der sichtbaren Schleimhäute, schlechter Hautturgor, ferner eine Anisokorie, Lichtstarre, während Pupillen auf Konvergenz reagieren. Herz und Lunge o.B. Am Abdomen keinen Tumor zu palpieren, Druckschmrz im rechten Epigastrium.

Die serologische Untersuchung ergab:

Wa.-R. schwach positiv	
Nach Kahn	stark positiv
„ Sachs-Witebsky	
„ M.K.R.	
„ Müllersche B.R	

Blutstatus:
Hgb. 64%
Erythr. 3,8 Mill.
Leuco. 5500
Lymph. 35%.

Die Untersuchung der Salzsäurewerte ergab eine geringe Subacidität.

Dem Patienten wurde unter der Diagnose Ulcus ventriculi und Tabes dorsalis zur Operation geraten, die nach 14tägiger Vorbereitung durch flüssige Kost und Leberpräparate in Avertinnarkose ausgeführt wurde. Hierbei wurde ein an besagter Stelle sitzendes großes stenosierendes in das große Netz und in die Bauchspeicheldrüse penetrierendes Ulcus ge-

funden, das reseziert wurde. Der Magen wurde dabei nach Billroth II versorgt. Wegen eigenartiger Knötchen in der Serose des Magens kam der Verdacht einer malignen Entartung auf.

Die in den ersten Tagen nach der Operation auftretenden Miktionsbeschwerden ließen sich durch Doryl nicht beseitigen; sie wurden auf die beginnende Tabes zurückgeführt. Patient wurde angehalten, zweistündlich Wasser zu lassen.

Die Wundheilung war gestört, es bildeten sich speckig-schmutzig-gelbe Granulationen. Nach Einleitung einer antiluetischen Kur (Bismogenol + Jod) und lokaler Targesinsalben-Verbände reinigte sich die Wunde und begann sich langsam zu schließen. Dem Patienten ging es immer besser, und er konnte nach zwei Monaten entlassen werden und bald seinen Dienst voll ausüben.

Durch histologische Untersuchung der Geschwürsränder wurde eine fibrös-narbige, namentlich die Serosa erfassende Wucherung festgestellt, ohne daß jedoch irgendwelche Anhaltspunkte für Ca vorlagen. Die Schleimhauträndер zeigen das Bild einer schweren proliferierenden Gastritis. Sonst ist das Vorhandensein von reichlich Lymphocyten, Fibroblasten und faserigem Bindegewebe bemerkenswert.

2. Fall: Patientin: 36jähriges Fräulein, früher nie krank, einmal Geschwulst am linken Eierstock und Myom des Uterus entfernt. Bis Mai 1927 dienstfähig, 180 Pfund Gewicht, Mai 1927 Operation wegen Ulcus, das angeblich in den Pankreaskopf perforiert war. Resektion-Billroth I. Nach zwei Monaten geheilt. Acht Wochen im Geschäft, dann neue Schmerzen. Wieder Krankenhausaufnahme. Ulcuskur. Dann seit Januar-April 1938 wieder Krankenhaus. Stark abgemagert, Gewicht jetzt 120 Pfund. Hgb.-Gehalt bis 42% gesunken, ist aber dann wieder auf 65% angestiegen. Im Juni 1928 Wiederaufnahme in das Hospital. Nach Bericht des 1927 einweisenden Arztes hatte Patientin vor Jahren eine luetische Infektion durchgemacht, und die bald nach der Operation wieder auftretenden Beschwerden wurden als tabische Erscheinungen gedeutet. Rechter Patellarreflex schwer auslösbar, linker damals lebhaft. Rechter Achilles positiv, linker fraglich. Fußsohlenreflexe beiderseits nicht auslösbar. Neuer Wa.R. negativ. Richtige Magenblutung.

Stärkstes Mischpulver gewährte keine Linderung, ebenso war eine Sippykur ohne Erfolg. Mo-Präparate linderter nur kurz die Schmerzen.

Heutiger Befund ergab:

Stark heruntergekommenes, mageres und krank aussehendes Fräulein, eingefallene Augen, fahle Hautfarbe. Stark hystero-neurotischer Einschlag. Ständige Schmerzen, besonders nachts, die hauptsächlich auf einen Punkt links vom Nabel lokalisiert werden.

Röntgendurchleuchtung: Sehr schnelle Entleerung, anscheinend nach drei verschiedenen Richtungen. An einem, der mit Brei gefüllten Darmlumina bleibt ein Dauerfleck, der sehr schmerzhaft ist und der von Patientin angegebenen Druckschmerzstelle entspricht. Patientin wird nach Vorbereitung, da sie im Augenblick zu schwach ist, zur Operation (21. 6. 1928) geführt. Bei dieser fand sich ein großes stenosierendes Ulcus, das in alle Nachbargebilde sowie tief in die Bauchspeicheldrüse perforiert war. Die Resektion aller erkrankten Partien machte infolge der zahlreichen Verwachsungen nicht geringe Schwierigkeiten. Das Ulcus wurde resiziert, der Magen wurde nach Resektion der G.E. übernäht und die Verbindung nach Roux gemacht.

Blutstatus:
Hgb. 56%
Eryth, 3,8 Millionen
Leuko 6200.

Säurewert des Erbrochenen ergaben fast immer eine hohe Hyperacidität.

Nach der Operation häufig Teerstuhl, Erbrechen, Blutung.

30. 6. Blutung hört auf.

7. 7. Patient steht zum ersten Male auf.

11. 7. Urin: Alb. + Sacch. negativ. Im Sediment fast Reinkultur von Go. WaR. negativ.

15. 7. Pat. klagt über viele Schmerzen an Zähnen, Ohren, Leib, Nieren, Unterleib, Ausfluß, Jucken. Erneute Wa-R. negativ.

10. 10. Pat. klagt besonders heftig. Die Schmerzen wechseln, einmal rechts, mal links und nach dem Rücken ziehend.

16. 10. Röntgen: Ulcusnische etwa 5 cm unterhalb des neuen Magenausgangs, an der Stelle der Einmündung des neuen Magenausgangs, der der Stelle der Einmündung des Duodenums in das Jejunum. Dort Druckschmerz.

19. 10. Operation in Avertinnarkose. Medianschnitt mit Excision der alten Narbe. Nach Lösung der zahlreichen Verwachsungen wird die G.E. und die Enteroanastomose freigelegt. Das Ulcus sitzt an der Enteroanastomose, ist fünffarkstückgroß und hat tiefe Ränder, wie ein altes Ulcus callosum. Einmündungsstelle des Duodenums in das Jejunum ist frei. Das Ulcus wird reseciert und das Jejunum wie bei Billroth I vereinigt.

3 Stunden nach Operation Beginn des Blutbrechens. 10 ccm Clauden i.m. Nachmittags nochmals 10 ccm Clauden i.v.

Abends Mo-Atropin, Tropfeinlauf.

20. 10. Blutbrechen hört in der Nacht auf.

Nachmittags 10 ccm Clauden i.m.

Abends Mo-Atropin, Tropfeinlauf.

24. 10. Säurewert im Erbrochenen beginnt zu sinken.

27. 10. Patientin beginnt langsam zu essen und sich besser zu fühlen.

6. 11. Thrombose linker Oberschenkel, Ruhe, Hochlagerung, feuchter Verband.

15. 11. Beginn einer Arsenkur, Leberdiät.

1. 12. Allgemeinbefinden gut, im Bein keine Beschwerden. Die Arsenkur und Leberdiät werden fortgesetzt.

Pat. fühlt sich immer besser, kann sehr gut essen, nicht gut auf der rechten Seite liegen, da sie dann angeblich Schmerzen und unangenehm übelriechendes Aufstoßen bekommt.

2. 1. 1929: Beschwerdefrei und geheilt entlassen.

Nachdurchleuchtung am 6. 2. 1929.

Patientin klagt seit 14 Tagen über erneute Beschwerden im Leib, die nicht in den Magen, sondern tiefer verlegt werden. Normales Hungergefühl, dann nach dem Esssen plötzlich Völlegefühl, Schmerzen und Erbrechen. Sie hat das Empfinden, daß die Speisen erst nach rechts, dann nach links und erst dann in den Darm weitergehen.

Röntgenbefund: Normale Füllung und Entleeerung des sehr kleinen Magens. Der Brei geht teilweise in das Duodenum und dann nach einiger Zeit in das Jejunum.

Großes sehr druckschmerzhaftes Ulcus an der Anastomose der Därme.

Erneute Aufnahme 1. 3. mit dauerndem Tag- und Nachtschmerz links vom Nabel, der nach dem Rücken und nach der Mitte des Bauches ausstrahlt.

Therapie: Oel-Milchkur, Bettruhe, Diät, Clauden

3. 4.: Besserung subjektiv und objektiv; gute Gewichtszunahme.

Röntgen: 24. 4. Ulcus kaum noch zu sehen, kein Dauerfleck mehr sichtbar, wohl noch Druckschmerzhaftigkeit.

In den ersten Tagen des Mai langsam zunehmende Verschlechterung bei noch immer gutem Appetit.

16. 5.: Plötzliche Verschlechterung, leichte Bauchdeckenspannung linker Oberbauch, Erbrechen von viel Säure (erstmalig nach Monaten wieder). Erbrechen hält weiter an, und Patientin kann bald gar nichts mehr bei sich behalten, nicht einmal Wasser, Milch oder Oel. Gegen die Schmerzen Pantopon und Eudokal.

Der Allgemeinzustand wird in den nächsten Wochen immer schlechter. Exitus am 10. VI.

Diese beiden Fälle sind wohl als Magenlues zu bezeichnen, denn es treten so viele Symptome zusammen auf, daß eine andere Dia-

gnose wohl eher noch fraglicher als richtiger erscheinen muß. So treten in meinem ersten Fall neben der zunächst einmal grundsätzlichen Frage, ob der Patient überhaupt schon einmal mit Lues acquiriert war, die durch vier serologische Untersuchungen stark bejaht wurde, die anderen geschilderten Erscheinungen auf, wie z. B. der Nachtschmerz, keine jahreszeitlich bedingte Periodizität der Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen nach dem Essen, der gesunde Appetit in früheren Jahren, die Bevorzugung schwerer Speisen gegenüber leichteren und der geringe Salzsäuregehalt des Magens. Außerdem paßt das Bild des überstandenen Ikterus, der ja wohl hier als luetisch bedingt anzusehen ist, neben der beginnenden Tabes gut in den allgemeinen Verdacht hinein. Hinzu kommt als weiteres Moment die speckig-gelbe Operationswunde, die sich erst nach energischer antiluetischer Behandlung schließt. Wenn auch die histologische Untersuchung keine bejahende Auskunft gibt, so wird durch das makroskopische Bild der narbigen, zackigen Wucherungen des Ulcusrandes die Luesdiagnose wahrscheinlich gemacht. Und auf der anderen Seite lenkt sie zum mindesten durch Feststellung reichlicher Lymphocyten und Fibroblasten den Verdacht auf Lues hin. Dieser abnorme Reichtum an Lymphocyten findet sich besonders von Loeper und Bory angegeben. Ferner kommen, häufig als wichtig angegeben der Blutstatus, der Sitz und die Riesengröße des Ulcus hinzu. Ein Hgb.Gehalt von 64% entspricht vollkommen einer geringen Herabsetzung, die zwischen 50—70% angegeben ist. Auch die weiteren Zahlen gehen mit den in der Literatur häufig, besonders von Bönning veröffentlichten Zahlen konform. Deshalb ist ein gutartiger, chronisch infektiöser Prozeß anzunehmen. Die Größe des Ulcus und der Sitz an der großen Curvatur, nicht beliebt für Ulcus und Ca, müssen unbedingt an Lues denken lassen. Auch die vermehrte Schleimproduktion, von Luria in einem Drittel der Fälle beobachtet, kommt abschließend zum Fall 1 hinzu.

Diesem ersten Fall ist nun der zweite in manchen Dingen nicht gleich, trotzdem möchte ich auch hier die Lues für das verantwortliche Leiden halten. Zunächst bestand auch hier acquirierte Lues mit positiver WaR. Wie und wann Patientin nun eine antiluetische Kur mitgemacht hat, ist unbekannt, ebenso seit wann die WaR. negativ

verläuft. Im Gegensatz zum ersten Fall steht die Hyperacidiät des Magens. Aber es sind doch schon viele luetische Veränderungen des Magens mit Hyperacidität mitgeteilt worden.

Ich habe im Vorhergehenden die Erklärung nach Neugebauer gebracht. Jedoch sind ebenso hier viele Momente dem Fall I gleich. Ich weise auf das normale, ja häufige Heißhungergefühl hin. Dann das plötzlich auftretende Völlegefühl mit hin und wieder kaffeesazartigem Erbrechen. Dieser Heißhunger ist bis kurz vor dem Exitus zu verfolgen. Ferner ist die leichte Bauchdeckenspannung vom Rektus ausgehend vielen Autoren bekannt. Auch die Körperhaltung bzw. Lage des Patienten beeinflußt mitunter den Schmerz. Dieses Symptom dürfte durch perigastritische Adhäsionen (Zerrung derselben bzw. Nachlassen der Spannung bei gewisser Körperstellung) bedingt sein. Nicht zu vergessen ist noch das unangenehme übelriechende Aufstoßen. Der Blutstatus ergab ungefähr dasselbe Bild wie beim ersten Fall. Konnte ich den genauen Prozentsatz der Lymphocyten nicht mehr feststellen, so war ihre Zahl aber doch als erhöht angegeben. Als wichtigstes Moment möchte ich hier aber doch neben dem Sitz der hinteren Magenwand nahe der großen Curvatur die Häufigkeit der Ulcerationen anführen. Die Stelle dieser beiden Geschwüre ist ähnlich wie Fall I uncharakteristisch für Ca und Ulcus. Aber vier Magengeschwüre in dem Zwischenraum von knapp zwei Jahren müssen doch neben den anderen Symptomen sehr bedenklich stimmen. Denn gerade das gehäufte Auftreten von Stenosen und Geschwüren oder stenosierenden Ulcerationen werden von sämtlichen Autoren als fast immer sicheres Zeichen einer luetischen Magenveränderung angesehen. So sind Le Noir, Grenet u. a. der Ansicht, daß die Syphilis in der Aetiologie des Sanduhrmagens bzw. des bi- oder multilokulären Magens sehr häufig ist. Moore und Aurelius stellten in 22% der Fälle Magensyphilis (86 Fälle) einen bilokulären Magen fest. Und Schlesinger, der die Häufigkeit der Magenlues nur als gering ansieht und viele diagnostizierte Fälle nicht anerkennt, stellt sich hier auf einen ganz anderen Standpunkt, wenn er schreibt: „Ein anderes sehr wichtiges Zeichen wäre der Nachweis von umfangreichen Veränderungen des Magens an mehreren Stellen, soweit wir aus den anatomisch studierten Fällen wissen, daß die syphi-

litischen Ulcerationen gerne multipel auftreten, und jedes von ihnen eine beachtliche Größe erreichen kann. Die gummösen Herde treten multipel auf und sind nicht immer im gleichen Stadium der Entwicklung. Auch wechselt ihre Größe, selbst bei demselben Individuum von kleinen stecknadelkopfgroßen Bildungen bis zu Geschwüren von mehreren Zentimetern Durchmesser. In manchen Fällen bleiben die anatomischen Veränderungen auf die Ausbildung der Gummen beschränkt. In anderen Fällen aber kommt es zur Entwicklung syphilitischer Ulcerationen". Die Zahl der Geschwüre kann sehr erheblich sein. Fränkel sah in einem Falle 13 Magen- und 31 Darmgeschwüre.

So dürfte auch dieser Befund die Annahme einer luetischen Magenveränderung weitgehend unterstützen.

Zusammenfassend kann man im allgemeinen sagen, daß die klinische Diagnose der Magenlues als sehr schwierig anzusprechen ist, und Eisenklamm schreibt mit Recht in einem Schlußwort, daß das wichtigste noch immer ist und bleibt, „daß man daran denkt". Ich möchte mich nicht der Ansicht Huberts anschließen, der die Diagnose der syphilitischen Magengeschwüre mit relativer Sicherheit stellen zu können glaubt. Denn keines der Symptome allein, sondern erst die Berücksichtigung einer Reihe gut übereinstimmender Momente machen die Diagnose sehr wahrscheinlich, ob sie aber ganze Sicherheit bieten, ist heute noch in vielen beschriebenen Fällen fraglich. Und so überwiegen in dem neueren Schrifttum immer noch die Fälle, in welchen erst die Operation bzw. die Autopsie gelegentlich den plötzlichen Befund einer Lues erbrachten. Man kann wohl annehmen, daß trotz zahlreicher Veröffentlichungen die Diagnose „Magenlues" sowohl vom Praktiker als auch mit Hilfe klinischer Unterstützungsmittel eher versäumt als zu häufig gestellt wurde.

Die vorliegende Arbeit wurde auf Anregung von Herrn Professor Dr. med Klövekorn, Bonn, angefertigt, dem ich auch an dieser Stelle für die Überlassung des Themas und seine Unterstützung herzlichst danke.

Literaturverzeichnis.

1. Baumecker: „Die klinische Diagnose der hypertrophischen Magenlues". (Med. Klinik 1930 II, S. 1557—1560.)
2. Bonnig: „Scirröser oder luetischer Schrumpfmagen". (Med. Klinik 1927 Nr. 46.)
3. Cohn: „Magensyphilis". (Med. Klinik 1926 Nr. 7.)
4. Einhorn: „Syphilom des Magens". (Deutsche med. Wschr. 1929 Nr. 45.)
5. Eisenklamm: „Über diffuse luetische Infiltration des Magens". (Wiener klin. Wschr. 1926 S. 182.)
6. Eisenklamm: „Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten". (Band XVI/2).
7. Hirschberger: „Über syphilitischen Schrumpfmagen". (Med. Klinik 1926 Nr. 17.)
8. Neugebauer: „Sekundäre Syphilis und Magenveränderug". (Wiener klin. Wschr. 1914 Nr. 24.)
9. Neumann: „Zur Frage der Magenlues". (Wiener klin. Wschr. 1923 Nr. 24 S. 431.)
10. Pluder: „Über Magenlues". (Röntgenpraxis Buch 3; 1931, S. 1108—1112.)
11. Schlesinger: a) „Syphilis und innere Medizin nach dem Stande d. jüngsten Erfahrungen".
    b) „Die Klinik der Magensyphilis".
    (Wiener klin. Wschr. 1929 Nr. 26.)
    c) „Die Magensyphilis". (Klin. Wschr. 1930 I S. 171—174.)
12. Salzmann u. Schapiro: „Ein mittels Röntgenstrahlen nachgewiesener Fall von Magengumma". (Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen 1927 Band 36 S. 1066.)

LEBENSLAUF.

Am 14. 5. 1912 wurde ich, Herbert Dümmler, in Duisburg-Hamborn als Sohn des Chefchemikers Albrecht Dümmler und seiner Ehefrau Louise geb. Knauf geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule zu Hamborn und zehnjährigem Besuch des Reformrealgymnasiums und Oberrealschule bestand ich Ostern 1933 mein Abitur. Den freiwilligen Arbeitsdienst leistete ich in Burg (Wupper). Mit Beginn des Wintersemesters 1933/34 wurde ich an der Universität Bonn immatrikuliert. Dort bestand ich Juli 1936 die ärztliche Vorprüfung. Je ein klinisches Semester verbrachte ich an der Universität München und an der Medizin. Akademie Düsseldorf. Das weitere Studium erfolgte bis zum Staatsexamen 1939 an der Universität Bonn.